

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

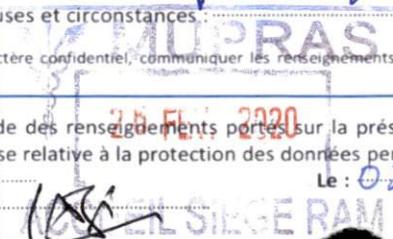
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-485909

CA

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) 22806 | | | |
| Matricule : 11457 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |  |
| Nom & Prénom : EL IDRISSI ARISS | | | |
| Date de naissance : 01/01/1973 | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 0664791442 | | Total des frais engagés : 803,9 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : 08/02/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : EL IDRISSI HAMMOUD | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Affection respiratoire | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Caen**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **08/02/2020**



| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 08/02/2010 | C | 1 | 260,- | INP : 09043516 |
| 10/02/2010 | + de l'absat. | | 200, 22.04 | docteur P. M. JAH |
| 10/02/2010 | (035-9) | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cache du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Cache du Pharmacien ou du Fournisseur | 82 | Montant de la Facture |
| | 82 | Montant de la Facture |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|----------------------------|----------|----------|--|----------|----------|---|--|----------|--|--|----------|---|--|----------|----------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | | 35533411 | B | | 11433553 | <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

21,90

Ancien Médecin au CHU
Ex-Chef de service de Pédiatrie Hôpital



notaire : voir face

PPV : 48DH50

PER : 12-22

LOT : I2911

bottu
b2. Abo des Casanovas - An Selma - Casablanca
S. de la Pharmacie Responsable

رضيع

34,60

دليس سببا تلقيح 12 جهاز بمستوى احتقني

Casablanca le : 08/02/2020

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
Zeclear 25mg/ml gél susp buv
P.P.V : 98,90 DH

6 116001 182862

EL IDRISI - MARWAINE

25 kg

98,90 ① Zeclear 5g - 1 pjeti \rightarrow 25g x 2
5g

34,60 ② Bremcoliter en 1/2
5g \rightarrow 10g x 3 \rightarrow 30g

21,90 ③ Bouteille 5g \rightarrow 10g x 3 \rightarrow 30g

④ Colipred 5g \rightarrow 1cp et 1/2
5g \rightarrow 10g

48,50

203,90

=

DOCTEUR

Zeclar®

Clarithromycine

25 mg/ml

100 ml = 332 doses - Kg

Voie orale

Enfant

Granulés pour
suspension buvable



15 mg / 5 ml

BRONCOLIBER®

Ambroxol Chlorhydrate

Solution buvable
200 ml

ENFANTS

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd
Ex-Chef de service de Pédiatrie Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله
اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
طبيب سابق بمستشفى الأطفال ابن رشد
رئيس سابق لقسم الأطفال بمستشفى الحسني

Casablanca le : ٢٠٢٢-٢٢-٠٨

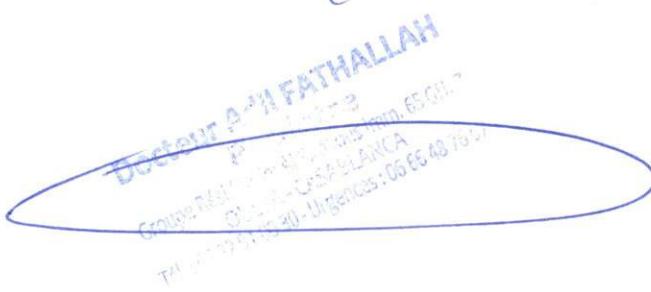
EL IDRISI

MARWANÉ

1) note d'hospitalisation

Nez de la somme de 200.000 DT

par Marwané
(03 56 - 9)



Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 65 GH 7 RDC - Oulfa - Casablanca (A côté du club de la RAM)

En face commissariat Firdaouss - Tél.: 0522.91.00.30 - GSM.: 0666.48.76.67

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

Ordonnance



le 12-01, 2020

EL IDRISI MARKWAN

1) With homologous

vers la somme de 170,000 francs

multilateral (or several)